

DIAGNÓSTICOS E AÇÕES DE ENFERMAGEM A PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS ASSISTIDOS NO DOMICÍLIO  
[Nursing diagnoses and actions to chronically-ill patients under home care]  
[Diagnósticos y acción de la enfermería para portadores de enfermedades crónicas asistidos en  
domicilio]

Viviani Camboin Meireles\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*  
Laura Misue Matsuda\*\*\*  
Sonia Silva Marcon\*\*\*\*

**RESUMO:** Estudo do tipo descritivo exploratório que teve por objetivo identificar diagnósticos de enfermagem em uma população específica e selecionar intervenções para aqueles mais frequentes. Os dados foram coletados dos prontuários de quatro famílias que possuíam algum membro com doença(s) crônica(s) e que foram assistidas durante o ano de 2003 por profissionais e acadêmicos atuantes no projeto "Implantação do serviço de assistência e apoio às famílias de pacientes crônicos do HUM no domicílio", em um município do sul do Brasil. Das quatro famílias, três eram do tipo nuclear e todos eram idosos e portadores de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Cerebral e Diabetes Mellitus II. Para a definição dos diagnósticos utilizou-se a taxonomia II da NANDA. Os diagnósticos identificados com maior frequência foram: controle ineficaz do regime terapêutico, déficit de conhecimento, risco potencial para complicação metabólica, risco para integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada, que resultaram na proposição de intervenções de enfermagem, a partir da literatura pertinente. As intervenções sugeridas foram relacionadas à dieta alimentar, exercícios físicos e uso adequado de medicamentos. Os diagnósticos encontrados revelam que para a existência de uma assistência integral ao indivíduo e a sua família, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias e ações que

favoreçam o exercício do autocuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; Diagnóstico de enfermagem; Intervenções de enfermagem; Doenças crônicas.

## 1 INTRODUÇÃO

Desenvolver e aprimorar um sistema de classificação específico para os problemas de competência da Enfermagem tem sido alvo de um número expressivo de pesquisas na atualidade <sup>(1,2,3)</sup>, com investimentos na área da validação de diagnósticos de enfermagem <sup>(4,5)</sup>.

A North American Nursing Diagnosis Association – NANDA tem desenvolvido um sistema conceitual para classificar os diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia. Em 1989, publicou a Taxonomia I e, com base em diversas avaliações posteriores, publicou, em 2001, a Taxonomia II, cuja estrutura foi aceita em sua conferência bienal em 2000 <sup>(6)</sup>.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e comunidade, aos problemas de saúde reais ou potenciais, proporcionando a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável <sup>(6)</sup>.

A versão Alfa da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE define intervenção de enfermagem como a ação realizada em resposta aos fenômenos que as enfermeiras diagnosticam, englobando atividades cognitivas, afetivas e psicomotoras, visando a promoção e restauração da saúde, a prevenção da enfermidade e o alívio do sofrimento <sup>(7)</sup>.

Para que os diagnósticos de enfermagem sejam incorporados na prática de enfermagem, é necessária a realização de estudos que validem as características que indicam a presença do diagnóstico de enfermagem (caracterís-

\*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá - Paraná.

\*\*Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Coordenadora do Centro de Controle de Intoxicações.

\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

\*\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Coordenadora do Napaaf - Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família

ticas definidoras), bem como explorar a relação entre os diagnósticos para diferenças populacionais<sup>(8)</sup>. Na tentativa de verificar a aplicabilidade desse sistema, diversos autores já utilizaram a taxonomia II da NANDA para identificar problemas em populações específicas<sup>(9,10,11)</sup>.

As diferentes maneiras de viver e adoecer da população brasileira, aliada a fatores sócio-econômicos e culturais, levam a diferentes práticas de saúde, pois as formas como a sociedade explica seus problemas de saúde e se organiza, variam de acordo com seus determinantes econômicos, políticos e ideológicos<sup>(12)</sup>.

Por outro lado, a saúde familiar refere-se à capacidade da família interagir com seus membros, levando-se em consideração suas crenças, valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e apreendidas com outras famílias e com a sociedade, sendo estes conhecimentos alterados de acordo com os tipos de família, os vários estratos sociais e as alterações cotidianas ocorridas devido às instabilidades sócio-econômicas. O cuidado de enfermagem domiciliar tem características singulares, permitindo que o profissional perceba o contexto pessoal e familiar do paciente<sup>(13)</sup>.

A responsabilidade do cuidar em enfermagem, incluindo o cuidar no domicílio, exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Para a referida avaliação, é importante que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência.

Como instrumento de trabalho da enfermeira, o diagnóstico é uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificadas nas pessoas que recebem os cuidados. Ao avaliarmos estas pessoas, o diagnóstico de enfermagem nada mais é do que a expressão de uma situação que, em nosso julgamento, necessita de intervenção de enfermagem<sup>(14)</sup>.

Mediante a importância de a enfermagem diagnosticar e atuar nos problemas específicos de cada paciente, é que nos propusemos à realização do presente estudo que teve como objetivos identificar os principais diagnósticos de enfermagem em um grupo de doentes crônicos assistidos no domicílio e também, selecionar intervenções de enfermagem para esses diagnósticos.

## 2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, realizado em um município da região Sul do Brasil.

Os dados foram coletados e analisados a partir do Histórico e da Evolução de Enfermagem dos prontuários de famílias que possuíam um de seus membros portador de doença crônica e estavam sendo assistidas pelo projeto de extensão universitária intitulado "Serviço de assistência e apoio às famílias de pacientes crônicos do HUM no domicílio", durante o ano de 2003. O referido projeto é desenvolvido por professores e alunos do curso de enfermagem desde 1996, tendo como propósito contribuir com a redu-

ção dos índices de reinternação hospitalar decorrente da falta de informação sobre a condução do cuidado no domicílio após a alta hospitalar. A estratégia é assistir, por um período mínimo de seis meses, mediante visitas domiciliares a famílias de pacientes crônicos que estiveram internados no Hospital Universitário. No início, as visitas são semanais e posteriormente elas vão sendo espaçadas. A alta do projeto ocorre quando o plano de assistência elaborado para cada família é executado ou quando esta solicita o encerramento das atividades.

A análise dos dados da evolução do paciente foi realizada considerando que o levantamento de dados é um processo contínuo e que as respostas do paciente podem se modificar em função das experiências vivenciadas no atendimento<sup>(10)</sup>.

No período, foram assistidas oito famílias. Destas, quatro foram selecionadas para o presente estudo, devido ao fato de seus membros, portadores de doença crônica, possuírem alguns diagnósticos de enfermagem comuns.

Os dados foram coletados diretamente dos registros dos prontuários, os quais são realizados por acadêmicos de enfermagem, sob supervisão dos docentes e/ou enfermeiros voluntários participantes do projeto. Os registros constituem parte importante do atendimento à família, pois é a partir dos mesmos que é estabelecido o plano de assistência. Os registros são efetuados desde os primeiros contatos dos integrantes do projeto com a família e vão sendo complementados à medida que as internações ocorrem.

Por ocasião da integração da família ao Projeto, o membro familiar doente e o seu responsável, geralmente aquele que assume a função do cuidador, são esclarecidos sobre seus objetivos, perspectivas e limitações da assistência de enfermagem oferecida, e sobre o vínculo entre assistência e pesquisa. Assim, o cuidador é convidado a assinar o Termo de Integração ao Projeto de Pesquisa e o Termo de Anuência à Participação em Pesquisa, relacionados com a pesquisa prestada.

No momento do cadastro/integração da família ao projeto, é iniciado o preenchimento do histórico da vida em família e, a seguir, elaborado um plano de assistência de enfermagem, o qual é atualizado/alterado de acordo com as necessidades da família. Em cada visita é realizada uma avaliação, registrada na forma de evolução de enfermagem, com base no plano de assistência estabelecido.

A análise do histórico e evoluções de enfermagem permitiu identificar a presença dos diagnósticos de enfermagem. O procedimento analítico foi realizado conforme descrito a seguir: a) análise das informações contidas no histórico e evoluções de enfermagem, para observação do relato de alterações ou dados sugestivos de características definidoras e fatores de risco; b) listagem dos dados encontrados, utilizando um arquivo para cada paciente, contendo as iniciais do nome, idade, diagnóstico médico, profissão, número de moradores da casa, tipo de família, posição do doente na família e grau de dependência; c) julga-

mento e agrupamento dos dados, de acordo com as semelhanças e relação entre eles; d) denominação dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia II da NANDA<sup>(15)</sup>.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se no Quadro 1, que os quatro pacientes em estudo eram idosos, com a faixa etária variando entre 68 e 90 anos, sem predomínio de um dos sexos. Três famílias (1, 2 e 4) seguem o modelo tradicional de família nuclear, estando nesta etapa da vida constituída apenas pelo casal de idosos. A outra é do tipo extensa, na linha ascendente, visto que o progenitor foi morar com a família do filho, situação esta decorrente do fato de um dos cônjuges já ter falecido<sup>(16,17)</sup>.

Quanto ao ciclo de vida, todas se encontravam na velhice. Este fato pode dificultar o tratamento das doenças visto que idosos portadores de uma doença crônica apresentam, com frequência, dificuldades na adaptação, o que, potencialmente, poderá gerar conflitos pessoais e familiares. As doenças crônicas são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família<sup>(14)</sup>.

Os diagnósticos médicos dos indivíduos selecionados eram relacionados a distúrbios cérebro-vasculares - hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular cerebral (AVC) - e a distúrbios metabólicos - diabetes mellitus tipo II (DMII). No grupo em estudo, três idosos apresentavam seqüelas de AVC, todos apresentavam HAS e dois apresentavam DMII, como doença coadjuvante.

Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>, a população estimada de portadores de diabetes mellitus (DM) no Brasil é de cinco milhões de pessoas, atingindo todas as faixas etárias, independente de raça, sexo ou condições sócio-econômicas e, atualmente, representa a quarta principal causa básica de morte. Na população adulta, a prevalência é de 7,6%.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) também é uma doença de alta prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa. Possui forte relação com 80% dos casos de AVE (acidente vascular encefálico) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração<sup>(18)</sup>. Constitui, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada<sup>(17)</sup>.

Aproximadamente 90% dos casos de hipertensão arterial são do tipo primário, cuja etiologia é desconhecida, e representa a doença crônica mais frequentemente observada entre as famílias residentes na região Norte do município de Maringá-PR<sup>(18,19)</sup>.

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, e são agravos de saúde pública para os quais até 80% dos casos podem ser tratados na Atenção Básica<sup>(18)</sup>.

Observa-se, ainda, que todos os idosos estudados apresentavam alguma forma de dependência física do tipo parcial, caracterizada por dificuldade de deambulação, relacionada principalmente ao subir e descer escadas ou em realizar caminhadas longas, decorrente da idade ou de seqüela de AVC (paciente quatro), ou dependência total (presente no paciente identificado como três, que era acamado). Verifica-se ainda, dependência parcial de ajuda e supervisão, relacionadas a déficit de conhecimento sobre a patologia e seu tratamento.

A dependência total existe quando o ser humano não tem condições de atender sozinho suas necessidades humanas básicas de alimentação, higiene, lazer, conforto, entre outras<sup>(20)</sup>.

A dependência parcial, por sua vez, existe quando o ser humano consegue realizar parcialmente algumas de suas necessidades humanas básicas, necessitando do auxílio de um membro da família para ampará-lo<sup>(20)</sup>. Este tipo de dependência, segundo a autora, pode ser dividida em parcial de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, havendo uma seqüência inter-relacionada entre elas, ou seja,

Quadro 1- Características dos pacientes que participaram do estudo, Maringá – PR, 2003

Denominação	Idade	Sexo	Posição na família	Diagnóstico médico	Atividade ocupacional	Grau de dependência
Paciente 1	84 anos	Feminino	Mãe	HAS*, AVC** e DM*** tipo II	Aposentada	Parcial, de supervisão
Paciente 2	68 anos	Feminino	Mãe	HAS, DMII	Aposentada	Parcial, de ajuda
Paciente 3	90 anos	Masculino	Avô	DMII, HAS e AVC	Aposentado	Total
Paciente 4	72 anos	Masculino	Pai	AVC, HAS	Aposentado	Parcial, de ajuda

\*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica \*\*AVC: Acidente Vascular Cerebral \*\*\*DM: Diabetes Mellitus

quando a dependência é de ajuda, implicará também em orientação, supervisão e encaminhamento, quando houver necessidade.

Após a análise do Histórico de Enfermagem e das diversas Evoluções de Enfermagem do ano de 2003, os diagnósticos identificados com maior frequência nestas pessoas foram: controle ineficaz do regime terapêutico, déficit de conhecimento, risco potencial para complicações metabólicas, risco para integridade da pele prejudicada e mobilidade prejudicada.

### 3.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO "CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO"

O diagnóstico "Controle Ineficaz do Regime Terapêutico" corresponde ao padrão em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, dificuldades na integração à vida diária de um programa para o tratamento da doença e das suas seqüelas <sup>(6,15)</sup>.

O referido diagnóstico de enfermagem foi relacionado ao conhecimento insuficiente do paciente e seu familiar sobre o processo da sua doença e do seu tratamento. Foram encontradas em todas as situações estudadas, pois todas as famílias apresentavam relutância em aderir ao tratamento medicamentoso, por ausência de sintomas clínicos evidentes da doença e pela elevada quantidade de doses diárias de medicamentos administrados, além de apresentarem dificuldades na aquisição de conhecimento sobre a medicação, a dose e os horários corretos para cada medicamento.

As intervenções de enfermagem sugeridas como prioritárias <sup>(15,21)</sup> para este diagnóstico são:

- 1) Identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente do regime terapêutico.
- 2) Orientar sobre a doença, principalmente o caráter assintomático, o que não significa que a pessoa esteja curada e que possa suspender o tratamento.
- 3) Orientar quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.
- 4) Envolver a família nos programas educacionais e de aconselhamento, para se tornar capaz de oferecer apoio aos esforços do paciente.
- 5) Orientar a importância de dieta adequada, em função do diagnóstico médico de hipertensão arterial ou diabetes, oferecendo lista de produtos de baixo custo.
- 6) Aconselhar restrição de bebidas que contêm cafeína e álcool, prevenindo efeitos sinérgicos com os medicamentos e alterações metabólicas.
- 7) Realizar exame físico e controle de sinais vitais em todas as visitas domiciliares, adequando a intervenção de enfermagem às necessidades de cuidados dos pacientes e famílias.

Devido às características da população específica em estudo – idosos –, a intervenção de enfermagem deve

prever um acompanhamento mais rigoroso da família, assegurando que o paciente e seu cuidador compreendam o programa terapêutico, sejam capazes de distinguir as medicações e horários a serem administradas, e de tomar providências para a obtenção de futuras receitas médicas e medicamentosos.

A enfermeira deveria estabelecer uma relação de ajuda com o paciente e sua família, a fim de desencadear e manter o processo de auto-cuidado, sendo que a família deve estar sempre incluída no programa de capacitação do paciente, para que possa compreender suas necessidades e apoiá-lo, colaborando com o programa terapêutico.

### 3.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO "DÉFICIT DE CONHECIMENTO"

O diagnóstico de enfermagem "Déficit de Conhecimento" não representa uma alteração, mas sim uma deficiência do conhecimento cognitivo, ou de habilidades psicomotoras, para atender o plano de tratamento. A falta de conhecimento pode contribuir para o aumento da ansiedade, déficit de auto-cuidado e recusa do tratamento <sup>(6,15)</sup>.

O déficit de conhecimento pode estar relacionado à falta de lembrança, à informação mal compreendida ou à imprecisão e inadequação quanto ao acompanhamento das instruções <sup>(22)</sup>.

Para haver um controle adequado das condições crônicas, não bastam apenas medidas de orientação. É preciso, também, desenvolver estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança de atitudes contributivas para o controle da doença. As medidas de educação devem ser contínuas, visto que várias são as causas da não adesão ao tratamento, sendo uma delas a falta de motivação, podendo estar associada, principalmente, a fatores externos, como carência de sistema de apoio, dificuldades financeiras e de acesso ao sistema de saúde <sup>(14)</sup>.

Nos quatro pacientes investigados, o Diagnóstico de Enfermagem "déficit de conhecimento" estava relacionado a fatores como: baixa adesão a terapêutica medicamentosa e nutricional, bem como à realização de atividades físicas. Constatou-se que essas dificuldades eram resultantes do desconhecimento sobre a importância desses fatores no tratamento ou da diminuição da capacidade cognitiva, caracterizada pela dificuldade de compreender explicações simples.

As intervenções de enfermagem para o diagnóstico "Déficit de Conhecimento" são similares às sugeridas anteriormente <sup>(15,21,22)</sup>:

- 1) Avaliar a prontidão e bloqueios de aprendizagem.
- 2) Incluir no plano de cuidados, pessoas significativas ao paciente.
- 3) Explicar o efeito da hipertensão sobre o coração, vasos sanguíneos, rins e cérebro.
- 4) Estimular o paciente a manter a pressão "controlada", dentro dos limites desejados, ressaltando medidas

eficazes para o controle.

5) Esclarecer sobre fatores de risco como: obesidade, dieta rica em sódio, gorduras saturadas e colesterol, tabagismo, ingestão de álcool e vida sedentária.

6) Estimular para que evitem medidas que elevam os fatores de risco como: obesidade, dieta rica em sódio, gorduras saturadas e colesterol, tabagismo, ingestão de álcool e vida sedentária.

7) Explicar sobre medicamentos prescritos, assim como justificativas, dosagem e efeitos colaterais, ajudando-o a desenvolver uma programação simples e conveniente quanto à ingestão dos medicamentos, adotando estratégias que evitem o esquecimento ou atraso na administração.

### 3.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO "RISCO POTENCIAL PARA COMPLICAÇÃO METABÓLICA"

O diagnóstico de enfermagem "Risco Potencial para Complicações Metabólicas" descreve a pessoa que apresenta, ou corre o risco de apresentar, várias disfunções metabólicas<sup>(6,15)</sup>.

Dos quatro pacientes estudados, os dois que tinham DM II apresentaram esse diagnóstico de enfermagem. Isto é compreensível, pois a presença da Diabetes associada ao fato de possuírem déficit de conhecimento e controle ineficaz do regime terapêutico pode potencializar os riscos para complicações metabólicas.

A Diabetes Mellitus, quando não devidamente controlada, acarreta sinais e sintomas brandos, caracterizados por fadiga, irritabilidade, poliúria, polidipsia, feridas de difícil cicatrização, infecção ginecológica ou urológica e problemas visuais.

Dentre as intervenções de enfermagem sugere-se<sup>(15)</sup>:

1) Orientar sobre a doença, principalmente o caráter assintomático, o que não significa que a pessoa esteja curada e que possa suspender a vigilância de sinais, sintomas ou alterações bioquímicas.

2) Capacitar o paciente e família para o monitoramento dos níveis de glicose sérica.

3) Capacitar o paciente e família para monitorar os sinais e sintomas da hipoglicemia (glicose sanguínea abaixo de 70mg/dl), caracterizada por pele úmida e fria, taquicardia, tremor, irritabilidade, confusão, sonolência<sup>(18)</sup>.

4) Capacitar o paciente e família para observar sinais de hiperglicemia (glicose sanguínea superior a 300mg/dl), caracterizada por cefaléia, anorexia, náuseas, vômitos, taquicardia, poliúria, polidipsia<sup>(18)</sup>.

5) Orientar a importância da dieta adequada e do controle de peso, em função do diagnóstico médico de hipertensão arterial ou diabetes, oferecendo lista de produtos de baixo custo.

### 3.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO "RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA"

O diagnóstico de enfermagem "Risco para Integridade da Pele Prejudicada" se caracteriza como sendo o estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar dano do tecido epidérmico e ou dérmico<sup>(6,23)</sup>.

No presente estudo, os quatro pacientes investigados apresentaram o diagnóstico de Risco para Integridade da Pele Prejudicada, pelo fato de serem idosos e/ou portadores de diabetes.

Sabe-se que os idosos apresentam tecido tegumentar mais vulnerável para lesões devido à diminuição do suprimento sanguíneo, aumento da rigidez do colágeno e diminuição das fibras elásticas.

Dois pacientes apresentavam diabetes que, pela alteração do estado metabólico (hiperglicemia), poderiam apresentar neuropatia sensorial, levando a perda da dor e da sensação de pressão, ou neuropatia autônoma, causando ressecamento e fissuras na pele. Cabe destacar que, durante o período de atendimento, os quatro pacientes investigados apresentavam pele íntegra, porém a epiderme de todos era delgada e ressecada, provavelmente devido à diminuição de secreção das glândulas sebáceas e sudoríparas.

O diagnóstico em questão, foi relacionado também à imobilidade física, à deficiência nutricional e à alteração circulatória.

Como intervenções de enfermagem, são sugeridas as seguintes<sup>(15,24)</sup>:

1) Orientar a redução de fatores de risco, como fumo e elevação dos lipídeos sanguíneos, visto que os mesmos contribuem para doença vascular periférica.

2) Orientar procedimentos de higiene corporal adequados e incorporar as necessidades de higiene ao programa terapêutico da família, tais como: higienizar os pés, secar entre os artelhos e hidratá-los, inspecionar rotineiramente os pés, quanto à presença de vermelhidão, fissuras, calosidades ou ulcerações, entre outros.

3) Orientar uso de vestuário e calçados adequados, por exemplo: utilizar sapatos ajustados, confortáveis e fechados, podendo utilizar palmilhas para a proteção de pontos de pressão, manter o lençol da cama esticado.

4) Orientar realização de massagem com solução hidratante, para diminuir o ressecamento da pele e ativar a circulação sanguínea.

5) Avaliar os fatores de risco do paciente em toda visita domiciliar como: força de cisalhamento, umidade, desnutrição, anemia, infecção e outros.

### 3.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO "MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA"

O diagnóstico "Mobilidade Física Prejudicada" se refere ao estado em que o indivíduo apresenta ou está em

risco de apresentar limitações na habilidade para movimentos físicos independentes, mas não está imóvel. O diagnóstico de mobilidade física prejudicada descreve o indivíduo com uso limitado dos braços ou pernas, força muscular limitada, limitação no movimento físico independente do corpo ou de uma ou mais extremidades <sup>(15,24,25)</sup>.

A mobilidade é compreendida como a capacidade de controlar e relaxar grupos musculares que permitam ao indivíduo mover-se propositadamente no meio ambiente. Depende, pois, do funcionamento coordenado dos músculos, articulações e ossos, e está ligada muito fortemente ao conceito de saúde para a maioria dos indivíduos. É indispensável às pessoas, sendo necessária não apenas para a interação com outros indivíduos como também para ganhar seu sustento e para manter o funcionamento interno do organismo <sup>(23,24)</sup>.

Estudos <sup>(15,25)</sup> indicam que 20% das pessoas idosas não internadas relatam alguma limitação na mobilidade, como, fraqueza muscular e atrofia, que tornam esses indivíduos mais vulneráveis a quedas, fraturas, escaras, entre outras. É importante lembrar que é natural que pessoas idosas apresentem alguma perda na área motora, o que pode levar à redução do investimento profissional para reverter este quadro.

No grupo em estudo, dois idosos apresentavam mobilidade física prejudicada: o paciente três era acamado e o paciente quatro apresentava dificuldade na marcha devido à seqüela de AVC. Os outros dois pacientes apresentavam dificuldades de movimentação física próprias do envelhecimento.

As intervenções de enfermagem consistem em <sup>(15,21)</sup>:

1) Observar o desempenho do paciente no alinhamento corporal, enquanto ele se encontra deitado, sentado, ou ereto.

2) Evitar que o paciente repouse sobre a extremidade paralisada por muito tempo.

3) Capacitar para a realização de seqüência de movimentos ativos nos membros não afetados, no mínimo quatro vezes ao dia.

4) Estabelecer um programa de exercícios passivos e ativos, progressivos e individualizados.

5) Encorajar a utilização de apoio para a movimentação.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diagnósticos de enfermagem "Controle Ineficaz do Regime Terapêutico" e "Risco para Integridade da Pele Prejudicada" foram encontrados nos quatro pacientes participantes do estudo, tornando imprescindível o acompanhamento destes pacientes e seus familiares nestes aspectos.

Como principais intervenções, a serem incluídas no programa terapêutico familiar, sugere-se: ações voltadas à dieta alimentar específica, exercícios físicos, uso adequa-

do dos medicamentos e autonomia para o autocuidado.

Sabe-se que, frequentemente, o cuidador familiar e o próprio paciente não recebem informações e nem preparo adequado para a realização dos cuidados ao doente crônico no domicílio. Desse modo, muitos baseiam as ações em experiências anteriores, em conhecimentos do senso comum ou até mesmo em crenças e valores culturais que podem resultar em sérios riscos.

No contexto domiciliar em que o cuidador e a pessoa com doença crônica não possuem os recursos necessários para o cuidado, considera-se que o princípio da integralidade, previsto no sistema de saúde vigente e tão importante para a sociedade, necessita ser operacionalizado pelos profissionais que atuam no âmbito da saúde da família. Nesse aspecto, a prática do diagnóstico de enfermagem e as ações dela emanadas, tendem a se constituir numa importante ferramenta do cuidado.

**ABSTRACT:** This is a descriptive exploratory study which had the objective of identifying diagnoses to a specific population and select interventions for the most frequent ones. Data were collected from four families' health history who have had chronically-ill members assisted during 2003 by professionals and undergraduates, under "HUM" (Home care and support for families with chronically-ill patients) in Southern Brazil communities. Most of the families were the nuclear type and all the members were elders. In order to define the diagnosis the taxonomic NANDA II was used. The most frequently identified diagnoses were: inadequate control of the therapeutic regimen, potential risk of metabolic complications, damaged skin integrity, impaired mobility which resulted in nursing treatment based on pertaining literature. The suggested interventions were related to food diet, physical exercises and proper medicine use. The diagnoses evidenced the need to develop self-care strategies and actions to put forth effective care rendering to individuals and their families.

**KEY WORDS:** Family; Nurse diagnosis; Nurse treatment.

**RESUMEN:** Estudio del tipo descriptivo exploratorio que tuvo por objetivo identificar diagnósticos de enfermería en una población específica y seleccionar a través de la literatura intervenciones para aquellos más frecuentes. Los datos fueron colectados en los prontuarios de cuatro familias, que poseían algún miembro con enfermedad(es) crónica(s) y que fueron asistidas durante el año 2003 por profesionales y académicos que actuaban en el proyecto "Implantación del servicio de asistencia y apoyo a las familias de pacientes crónicos del HUM en domicilio", en un municipio del Sur de Brasil. De las cuatro familias, tres eran del tipo nuclear y todos eran ancianos y portadores de enfermedades crónicas, como Hipertensión Arterial Sistémica, Accidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral) y Diabetes Mellitus II. Para la definición de los diagnósticos, se utilizó la

taxonomía de NANDA. Los diagnósticos identificados con mayor frecuencia fueron: control ineficaz del régimen terapéutico, déficit de conocimiento, riesgo potencial para complicaciones metabólicas, riesgo para la integridad de la piel perjudicada y movilidad física perjudicada. Las intervenciones sugeridas fueron relacionadas a la dieta alimenticia, ejercicios físicos y uso adecuado de medicamentos. Los diagnósticos encontrados muestran que, para la existencia de una asistencia integral al individuo y a su familia, se hace necesario el desarrollo de estrategias y acciones que favorezcan el ejercicio del autocuidado.

**PALABRAS CLAVE:** Familia; Diagnóstico de enfermería; Intervenciones de enfermería; Enfermedad crónica.

## REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermagem. Sistemas de classificação da Prática de enfermagem: um trabalho coletivo. Série Didática Enfermagem no SUS. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000.
2. Nobrega MML. Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE - Versão alfa. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
3. Marin HF. O vocabulário em enfermagem: uma revisão. *Acta Paul Enferm* 1996; 9(3):68-75.
4. Bachion MM, Araújo LAO, Almeida ÂAMC, Santana RF. Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem "mobilidade física prejudicada" em idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista.html>
5. Corrêa CG, Cruz DALM. Pain: clinical validation with postoperative hearth surgery patients. *Nurs Diag* 2000; 11(1):5-14.
6. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnosis definitions and classification. 2001-2002. Philadelphia: NANDA; 2001.
7. Nielsen GH. Classificação internacional das práticas de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha. Brasília: ABEN; 1997. Série didática Enfermagem no SUS.
8. Breu C, Dracup K, Walden J. Integration of nursing diagnosis in the criffical care nursing literature. *Heart & Lung* 1987; 16(6):605-16.
9. Freitas MC, Guedes MVC, Silva LFDA. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatório de cirurgias traumato-ortopédicas. *Rev Enferm UERJ* 1997; 5(2): 439-47.
10. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação oncológica. *Rev Latino-Am Enferm* 1997; 5(4):35-41.
11. Moura ERF, Linard AG, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem em gestante: estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2004; 3(2):129-35.
12. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Bub L et al. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. Série Enfermagem.
14. Araújo TL, Maciel ICF, Maciel GGF, Silva ZMSA. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1998; 2 (suppl A):1-6.
15. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Leonard B. Crescimento e desenvolvimento In: Atkinson LD, Murray ME. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989.
17. Prado D. *O que é família*. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1987.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Marcon SS, Nogueira LA, Fonseca ARO, Uchimura TT. Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do Município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. *Acta Scientiarum* 2004; 26(1):83-93.
20. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
21. Brunner, Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
22. Doenges ME, Moorhouse MF. *Diagnóstico e intervenção em enfermagem*, 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
23. Atkinson LD, Murray ME. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
24. Assis JF, Cunha MMLC, Nunes MWA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de clínica médica. *Rev Baiana Enferm* 2000; 13(1/2):55-68.
25. Rocha PCS, Maria VLR. Excesso de volume de líquidos pulmonares: diagnóstico de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 1996; 4(2):183-90.

ENDEREÇO DOS AUTORES:  
Rua Jailton Saraiva, 526  
Maringá - PR  
87045-300  
ssmarcon@uem.br